

На правах рукописи

СМИРНОВА Антонина Михайловна

**ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА У БЕРЕМЕННЫХ
ЖЕНЩИН С ТРОМБОФИЛИЕЙ**

14.01.14 – Стоматология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Екатеринбург – 2011

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Научный руководитель

доктор медицинских наук, профессор Харитоновна Марина Павловна

Официальные оппоненты

доктор медицинских наук, профессор Гилева Ольга Сергеевна

доктор медицинских наук Еловицова Татьяна Михайловна

Ведущая организация

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Омская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Защита диссертации состоится «10» июня 2011 г. в «10» часов на заседании совета по защите докторских диссертаций Д 208.102.03, созданного при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по адресу: 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России, по адресу: 620028 г. Екатеринбург, ул. Ключевская, д. 17, а с авторефератом на сайте академии www.usma.ru

Автореферат разослан «6» мая 2011 года.

Ученый секретарь совета

по защите докторских диссертаций

доктор медицинских наук, профессор

В.В.Базарный

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Наиболее часто встречающейся патологией пародонта в возрастной группе до 30 лет является гингивит, распространённость которого составляет 55-99% [Кузмина Э.М., 2009, Цепов Л.М., Николаев А.И., Михеева Е.А.2008]. В период беременности согласно данным литературы распространённость гингивита варьирует от 49,1% до 100% [Кириллова Е.Н. 2009, Gaffield M.L., Colley B.J., 2009], где наиболее часто выявляется хронический катаральный гингивит (около 90% случаев) [Кутушева Р.Р., 2009].

Гингивит всегда предшествует более тяжелому воспалительно-деструктивному поражению пародонта, поэтому своевременная диагностика, и лечение его являются надёжной профилактикой пародонтита [Орехова Л.Ю., 2009].

В период беременности лечение гингивита предусматривает устранение, санацию очага хронической инфекции, которая может быть одной из причин внутриутробного инфицирования плода, поэтому терапия гингивита должна начинаться уже на начальных стадиях заболевания [Рыжкова М.В., 2009, Дорошина В.Ю., Макеев М.К.,2010, Polyzos N.P., Polyzos I.P., Mauri D., 2009].

В последние годы, по данным ряда авторов, здоровье беременных женщин значительно ухудшилось: у 60-80% беременных встречаются сопутствующие экстрагенитальные патологии [Бахмудов М.Б., Бахмудов Б.Р., Алиева З.Б., 2010, Сидельникова В.М., Сухих Г.Т., 2010], частота невынашиваемости беременности колеблется от 10 до 25%, где 40%-60% женщин составляют беременные с тромбофилией [Башмакова Н.В., Путилова Н.В., 2009]. Беременные женщины с тромбофилией требуют постоянного наблюдения со стороны акушеров–гинекологов и терапевтов, в связи с наличием отягощенного акушерского анамнеза (регрессирующая беременность, выкидыш) и необходимостью проведения им базовой антикоагулянтной терапии [Бленецкая С.Л., 2009, Сидельникова В.М., 2010].

При патологическом течении беременности интенсивность воспалительных изменений в тканях десны возрастает на фоне сниженной иммунной реактивности организма [Денисенко Л.Н., 2008, Лепилин А.В., Дубровская М.В.,2010]. Существующие

методы профилактики и лечения хронического гингивита во многом не адаптированы для беременных женщин с сопутствующей патологией и осложнённым течением беременности, что не позволяет полностью купировать воспалительный процесс в пародонте [Орехова Л.Ю., 2009, McCann A.L., Bonci L., 2009]. Поэтому особую значимость приобретают задачи выбора адекватных и эффективных способов профилактики и лечения хронического гингивита у беременных женщин с соматическими заболеваниями и патологией беременности для снижения риска развития рецидивов этого заболевания, его прогрессирования и трансформации в пародонтит.

В исследуемой нами литературе не найдено сообщений о методах лечения хронического гингивита у беременных женщин с тромбофилией. Таким образом, нам представляется актуальным разработать комплексную терапию с целью повышения эффективности профилактики и лечения хронического гингивита у беременных женщин с тромбофилией.

Цель исследования

Повышение эффективности профилактики и лечения хронического гингивита у беременных женщин с тромбофилией.

Задачи исследования

1. Исследовать клинические проявления хронического гингивита у беременных женщин с тромбофилией.
2. Изучить состояние местного иммунитета ротовой жидкости при хроническом гингивите у беременных с тромбофилией и у здоровых беременных женщин
3. Оценить состав микрофлоры содержимого десневой борозды у беременных женщин с тромбофилией и у здоровых беременных женщин.
4. Определить уровень санитарно-гигиенических знаний по уходу за полостью рта у беременных женщин с тромбофилией.
5. Разработать алгоритм лечебно-профилактических стоматологических мероприятий и оценить эффективность комплексной терапии хронического гингивита у беременных женщин с тромбофилией.

Положения, выносимые на защиту

1. У беременных женщин с тромбофилией течение хронического гингивита сопровождается кровоточивостью, болезненностью, отёчностью десневого края на фоне бледной слизистой оболочки полости рта и снижения факторов защиты гуморального звена иммунитета ротовой жидкости.

2. Использование низкоинтенсивного лазерного излучения в лечении хронического гингивита повышает клиническую эффективность комплексной терапии у беременных женщин с тромбофилией.

Научная новизна

Впервые выявлены особенности клинико-иммунологических проявлений хронического гингивита у беременных женщин с тромбофилией на основании данных клинико-лабораторного обследования.

Предложен алгоритм лечебно-профилактических мероприятий в комплексном лечении хронического гингивита у беременных женщин с тромбофилией.

Впервые проведена клиническая оценка эффективности применения лазерной терапии в комплексе лечебно-профилактических стоматологических мероприятий хронического гингивита у беременных женщин с тромбофилией.

Практическая значимость

Для врачей стоматологов предложен алгоритм лечебно-профилактических мероприятий лечения хронического гингивита у беременных женщин с тромбофилией, соблюдение которого позволит оптимизировать комплексную терапию и уменьшить риск развития рецидивов и прогрессирования хронического гингивита.

Внедрение в лечебный процесс результатов проведённого исследования позволило установить высокую эффективность комплексного лечения с применением НИЛИ хронического гингивита у беременных женщин с тромбофилией и добиться длительной ремиссии.

Внедрение в практику

Материал диссертации используется при проведении практических занятий с врачами-интернами на кафедре стоматологии общей практики ГОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России. Предложенный алгоритм комплексного лечения хронического гингивита у беременных женщин с тромбофилией применяется в лечебной практике 2-го акушерского отделения патологии беременных ФГУ НИИ ОММ при лечении беременных женщин с тромбофилией, в стоматологической клинике «Урсула» г.Екатеринбурга и в филиалах стоматологических поликлиник АНО «Объединение «Стоматология» г.Екатеринбурга.

Апробация работы

Материалы диссертации доложены и обсуждены на научно-практической конференции молодых учёных и студентов «Факторы, влияющие на качество жизни в крупном промышленном регионе» 9 декабря, 2008года; на 64-й научно-практической конференции молодых учёных и студентов «Актуальные вопросы современной науки и здравоохранения». 28-29 апреля, 2009г.; на 65-й Всероссийской научно-практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием. 14-15 апреля, 2010г.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 7 работ, в том числе 3 в рекомендованных ВАК журналах. Получена приоритетная справка на изобретение «Способ комплексного лечения хронического генерализованного катарального гингивита у беременных женщин с тромбофилиями» с присвоенным номером заявки 2011109006.

Объём и структура диссертации

Диссертация изложена на 155 страницах машинописного текста, иллюстрирована 7 рисунками и 13 таблицами. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы «Материалы и методы исследования», а также двух глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы, включающего 156 источников отечественных авторов и 71 – зарубежных авторов и приложения. Весь материал, представленный в диссертации, получен, обработан и проанализирован лично автором.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Дизайн исследования. С целью выявления особенностей клинического течения хронического гингивита у беременных женщин с тромбофилией было проведено клинико-лабораторное исследование тканей пародонта. На втором этапе исследования проводили рандомизацию методом парной выборки с использованием таблиц случайных чисел беременных женщин с тромбофилией на 3 подгруппы в зависимости от выбора комплекса лечебных мероприятий.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач было проведено клинико-лабораторное обследование 87 беременных женщин с тромбофилией в период с 2009 по 2010 год, которые составили основную группу. Группа беременных женщин с тромбофилией находилась на госпитализации в отделении патологии беременных 2-го акушерского НИИ ОММ г.Екатеринбурга с установленным диагнозом тромбофилия в соответствии с данными из медицинской карты. Для сравнения изучаемых показателей клинико-лабораторного исследования с их значениями в норме, было обследовано 45 здоровых беременных женщин с неосложнённым течением беременности и без соматической патологии, у которых был диагностирован хронический гингивит (группа сравнения). Тщательное изучение состояния здоровья беременных женщин группы сравнения позволило исключить заболевания, способные повлиять на

состояние тканей пародонта, микробную флору десневой борозды и иммунную систему полости рта.

На начальном этапе каждая беременная женщина была информирована о характере исследования. При согласии женщины на участие в работе определяли критерии включения и исключения беременной женщины в основную группу исследования. Критериями включения в основную группу служили беременные женщины с подтверждённым диагнозом тромбофилия; согласие женщины на проведение исследований. Критериями исключения в основную группу являлись: беременные женщины в сроке до 14 недель, с тяжёлыми формами экстрагенитальных заболеваний, пациентки с гестозами любой степени тяжести, с онкологическими заболеваниями, с наличием вирусной инфекции в ротовой жидкости (ВПГ или ЦМВ) и отказ беременной женщины от участия в исследовании на любом этапе.

Беременные женщины исследуемых групп (основная группа и группа сравнения) были сопоставимы по возрасту: $26,76 \pm 0,38$ и $25,76 \pm 0,43$ лет ($p > 0,05$).

Обследование беременных женщин обеих групп проводилось в сроки, соответствующие II триместру беременности, с 14 по 24 недели.

Для комплексной клинической характеристики состояния тканей пародонта применяли следующие основные методы: опрос больного, осмотр полости рта с оценкой стоматологического статуса и использованием индекса ИГР-У (G.C. Green, J.R. Vermillion, 1964), индекса гингивита - РМА (модификация Parma, 1960), коммунального периодонтального индекса - CPITN (WHO, 1978; J. Ainamo et al., 1982) и индекса кровоточивости десневой бороздки (ИК) (H.R. Muhlemann, в модификации I. Cowell, 1975).

Дополнительно использовали лабораторные методы: микробиологический, молекулярно-биологический и иммунологический.

Детекцию штаммов факультативно-анаэробных бактерий десневой борозды проводили с помощью тест-систем фирмы «PLIVA – Lachema Diagnostika» (Чешская Республика), в отделении иммунологии и клинической микробиологии НИИ ОММ г.Екатеринбурга (д.м.н. Чистяковой Г.Н.)

Детекцию возбудителей ВПГ и ЦМВ в ротовой жидкости с помощью полимеразно-цепной реакции ДНК проводили с использованием комплекта реагентов по выделению ДНК –

«Проба-Рапид» на приборах ДТ-322, ДТ-96 (ООО «НПО ДНК-Технология в соответствии с инструкциями к приборам), в отделении иммунологии и клинической микробиологии НИИ ОММ г.Екатеринбурга (д.м.н. Чистяковой Г.Н.)

Секреторный иммуноглобулин (sIgA) в ротовой жидкости определяли методом ИФА с помощью набора «IgA –секреторный – ИФА – БЕСТ» с использованием тест-систем ЗАО «Вектор-Бест» (Россия), согласно рекомендациям фирмы-производителя. Детекцию проводили на иммуноферментном анализаторе «Victor» фирмы «LKB Wallac» и «Miltiscan MCC/340» фирмы Labsystems (Финляндия).

Для определения концентрации цитокинов (IL1 β , IL4, TNF- α , IFN- γ) методом твердофазного иммуноферментного анализа использовали наборы «гамма-Интерферон – ИФА – БЕСТ», «альфа-ФНО - ИФА – БЕСТ», «ИЛ-4 - ИФА – БЕСТ», « ИЛ-1бета - ИФА – БЕСТ». Исследования проведены на базе лаборатории иммунологии и клинической микробиологии НИИ ОММ г.Екатеринбурга (д.м.н. Чистяковой Г.Н.).

С целью определения санитарно-гигиенических навыков, знаний и мотивации к профилактике и лечению заболеваний пародонта было проведено анкетирование беременных женщин.

Для реализации поставленной цели на втором этапе работы обследованные беременные женщины с верифицированной тромбофилией с помощью рандомизации подразделялись на три подгруппы.

В первой подгруппе (37 женщин) в комплексное лечение хронического гингивита после профессиональной гигиены полости рта включали применение геля Тизоль с гепарином и низкоинтенсивного лазерного излучения АЛТ «Мустанг», модель 024. Во второй подгруппе (26 беременных женщин с тромбофилией) после профессиональной гигиены полости рта проводилось только местное консервативное лечение с применением геля Тизоль с гепарином. В третьей подгруппе – контрольной (24 женщины) лечение не проводилось. Показатели гигиенических и пародонтологических индексов после проведённого лечения в подгруппах (основной и сравнения) беременных женщин с тромбофилией были изучены каждые 3-4 недели (1 раз в месяц) после проведённой комплексной терапии.

Аппликацию лекарственной композицией Тизоль с гепарином при хроническом гингивите у беременных женщин с

тромбофилией наносили послойно “Сэндвич-техникой” с помощью гладилки или аппликаторной кисточки.

По сравниваемым признакам подгруппы после рандомизации были сопоставимы, что свидетельствовало о корректности и допустимости сопоставления эффективности различных методов лечения в подгруппах.

Комплексное лечение хронического гингивита у беременных женщин с тромбофилией проводилось на фоне общей (антикоагулянтной) терапии, назначенной врачом акушером-гинекологом.

В основной подгруппе проводили комплекс лечебно-профилактических мероприятий по предложенному нами алгоритму лечения хронического гингивита:

I этап - санитарно-просветительная работа с беременными женщинами;

II этап - разработка индивидуальных мер профилактики хронического гингивита;

III этап- профессиональной гигиена с проведением местной консервативной терапией нанесением геля Тизоль с гепарином;

IV этап – курс лазеротерапии с применением АЛТ «Мустанг», модель -024, транскутанным способом по квадрантам челюстей в соответствии с разрешённым параметрам (80 Гц, 4-10 Вт, 1 мин.) ежедневно курсом 5-7 процедур в зависимости от выраженности и степени распространённости воспалительных явлений в тканях пародонта (по данным индекса РМА).

Статистическая обработка материала проводилась на персональном компьютере с использованием программы статистической программы «Biostat» и программы «MS Excell». Использовали непараметрические методы вариационной статистики. Данные представлены в виде $M \pm m$, где M – среднеарифметическое, m - стандартная ошибка среднего. Различия между среднеарифметическими считали достоверными при $p < 0,05$. Для сравнения различий в парных группах применяли тест Манна-Уитни. Для оценки достоверности различий в группах использовали t-критерий Стьюдента. Корреляционную связь между параметрами оценивали с помощью теста ранговой корреляции Спирмена. Различие частот подтверждали с помощью непараметрических критериев Фишера и χ^2 .

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ результатов опроса беременных женщин с тромбофилией по поводу жалоб со стороны тканей пародонта выявил, что основную массу беременных женщин (78%) беспокоила кровоточивость дёсен при чистке зубов, что в 3,1 раза чаще встречалось, чем в группе женщин с неосложненным течением беременности (25%). В то же время беременные с тромбофилией предъявляли жалобы на боль в области дёсен при чистке зубов (4,5%) и бледность слизистой оболочки полости рта (2%), которые отсутствовали у беременных группы сравнения.

Анамнез заболевания (гингивита) показал, что кровоточивость дёсен при чистке зубов беспокоила беременных женщины с тромбофилией ещё до беременности, однако только 2% из них обращались по этому поводу к стоматологу, по сравнению с группой здоровых беременных, у которых кровоточивость дёсен впервые появилась во время беременности.

Данные акушерского анамнеза показали, что у некоторых беременных женщин с тромбофилией наблюдались выкидыши, регрессирующие беременности, что отсутствовало в анамнезе женщин группы сравнения.

При осмотре преддверья полости рта у беременных женщин с тромбофилией в 82% случаев наблюдалась бледность слизистой оболочки полости рта и альвеолярной части десны, тогда как у беременных женщин группы сравнения СОПР была бледно-розовая.

Осмотр собственно слизистой оболочки тканей десны у беременных женщин с тромбофилией показал, что на фоне бледной слизистой оболочки альвеолярной десны с выраженным сосудистым рисунком наблюдается умеренная гиперемия межзубной и маргинальной десны. Отёчность десневого края у беременных женщин с тромбофилией наблюдалась в 5,5 раза чаще, чем у беременных группы сравнения (89 % и 16%). В то время как у беременных группы сравнения слизистая оболочка альвеолярной десны бледно-розовая, с умеренной гиперемией только межзубных сосочков.

У беременных с тромбофилией в 2,2 раза чаще, чем у беременных группы сравнения пальпация дёсен сопровождалась болезненными ощущениями у (47% и 22%).

Анализ гигиенического состояния полости рта у беременных женщин показал исходный средний уровень, как в основной группе, так и в группе сравнения, где индекс ИГР-У составил 1,22 и 1,15 соответственно, не имел достоверных различий (табл. 1).

Изучение индексной оценки состояния тканей пародонта показало, что среднее значение индекса РМА в основной группе был $24,32 \pm 0,86$, что в 1,62 раза значимо превышало показатель в группе сравнения $15,05 \pm 1,41$ ($p < 0,05$) и свидетельствовало о клинически более выраженной активности и распространённости воспалительного процесса в тканях десны у беременных женщин с тромбофилией (табл. 1).

Таблица 1

Показатели клинического состояния тканей пародонта у беременных женщин основной группы и группы сравнения, $M \pm m$.

Изучаемые показатели	Основная группа	Группа сравнения
ИГР-У, баллы	$1,22 \pm 0,04^*$	$1,15 \pm 0,05$
РМА, %	$24,32 \pm 0,86^{**}$	$15,05 \pm 1,41$
Индекс кровоточивости по Muhlemann	$24,32 \pm 0,86^{**}$	$1,26 \pm 0,14$

Примечание: * - уровень достоверности различий основной группы и группы сравнения, при $p > 0,05$; ** - при $p < 0,05$

У беременных женщин с тромбофилией ИК был в 2 раза достоверно выше показателя ИК беременных группы сравнения ($24,32$ и $15,05$, при $p < 0,05$) (табл. 1).

При определении интенсивности поражения тканей пародонта с применением индекса CRITN достоверно значимые различия наблюдались в количестве здоровых секстантов, где их количество в группе беременных с тромбофилией было в 3,7 раза меньше по сравнению с беременными группы сравнения ($0,6$ и $2,28$ секстанта, при $p < 0,01$). Количество секстантов с кровоточивостью оказалось в 1,6 раза достоверно выше в группе беременных с тромбофилией - $5,4$ секстанта, чем у здоровых беременных - $3,78$ секстанта ($p < 0,01$).

Секстанты с зубным камнем и пародонтальным карманом в обеих группах обследованных женщин обнаружены не были.

При изучении ассоциации микроорганизмов десневой борозды у беременных женщин основной группы и группы сравнения выявлялся одинаковый процент высеваемости представителей рода *Streptococcus* (*Str.mitis*, *Str.salivarius*, *Str.sanguis*, *Str.oralis*), рода *Staphylococcus* (*S.capitis*, *S.xylosum*, *S.simulans*, *S.saprophiticus*) и грибов рода *Candida* со степенью обсеменённости в допустимых пределах, составляющих резидентную микрофлору полости рта. Фон также составляли и другие выделенные микроорганизмы десневой борозды у беременных основной группы и группы сравнения, такие как: *E.faecium*, *Corinebacterium* гр.А

Таким образом, отсутствие пародонтопатогенных бактерий в содержимом десневой борозды в обеих группах обследуемых женщин, свидетельствует об отсутствии влияния её на выраженность воспалительных проявлений и течение хронического гингивита у беременных женщин.

При оценке гуморального звена иммунитета у беременных женщин с тромбофилией показатель sIgA в ротовой жидкости был достоверно более низкий - $432,11 \pm 15,13$ мг/л, по сравнению с показателем в группе здоровых беременных, где уровень sIgA был равен $470,85 \pm 15,71$ мг/л при $p < 0,05$ (Табл.2)

Таблица 2

Уровень иммуноглобулинов и цитокинов в ротовой жидкости исследуемых групп беременных женщин, $M \pm m$.

Показатели цитокинов в ротовой жидкости (пг/мл)	Беременные женщины основной группы	Беременные женщины группы сравнения
ИЛ-1 β	$213 \pm 15,04^*$	$217,15 \pm 21,09$
ИЛ-4	$2,02 \pm 0,26^{**}$	$3,74 \pm 1,17$
ФНО- α	$16,31 \pm 3,20^{**}$	$43,16 \pm 5,22$
ИФН- γ	$25,67 \pm 7,92^*$	$25,95 \pm 4,36$

*Примечание * - уровень достоверности различий основной группы и группы сравнения при $p > 0,05$;

** - уровень достоверности различий основной группы и группы сравнения при $p < 0,05$.

Анализ уровня цитокинов ротовой жидкости показал, что при хроническом гингивите у беременных женщин с тромбофилией наблюдается достоверного понижения концентрации ИЛ-4 и ФНО- α по отношению к показателям беременных группы сравнения.

Таким образом, установлено что, воспалительный процесс в пародонте у беременных женщин с тромбофилией, проявляющийся гиперемией, отёчностью маргинальной и папиллярной десны, болезненными ощущениями при пальпации десневого края, на фоне бледной слизистой оболочки полости рта и альвеолярной части десны, сопровождается местными иммунными нарушениями.

Результаты дискриминантного анализа показателей клинко-лабораторного обследования беременных женщин с тромбофилией позволили выявить 3 значимых индекса для определения интенсивности воспалительных изменений в тканях десны у беременных женщин с тромбофилией: РМА, ИК по Мюллему и CRITN.

Итоги анкетирования беременных женщин выявили достоверные различия в ответах беременных основной группы и группы сравнения. Установлено, что 66 ± 6 % беременных женщин с тромбофилией беспокоила кровоточивость при чистке зубов, по сравнению с женщинами без осложнения беременности, где данная жалоба беспокоила всего 22 ± 6 % женщин ($p < 0,01$), что согласуется с данными обследования, где основная жалоба у беременных женщин с тромбофилией была на кровоточивость дёсен при чистке зубов. Однако $51 \pm 0,6$ % женщин с тромбофилией не обращались к стоматологу по поводу имеющейся жалобы, а, следовательно, им не была оказана своевременная стоматологическая помощь.

С целью профилактических осмотров стоматолога посещали значимо большее число женщин с тромбофилией 71 ± 8 % по сравнению со здоровыми беременными 35 ± 1 % ($p < 0,05$).

Количество женщин, прошедших санацию полости рта до беременности, было достоверно выше в группе беременных женщин с тромбофилией (65 ± 7 %), по сравнению со здоровыми беременными, где их количество составило 40 ± 8 % от общего числа женщин ($p < 0,05$).

Регулярность чистки зубов два раза в день соблюдали только $50\pm 5\%$ беременных женщин с тромбофилией и $56\pm 11\%$ беременных группы сравнения ($p < 0,05$).

Результаты опроса по применению дополнительных средств гигиены для полости рта показали, что одинаковое количество беременных женщин с тромбофилией $41\pm 4\%$ и здоровых беременных $28\pm 5\%$ лишь иногда используют ополаскиватели для полости рта ($p > 0,05$).

Важную роль в профилактики стоматологических заболеваний у беременных женщин играют четкие рекомендации по уходу за полостью рта, которые должен давать врач-стоматолог на приеме. Однако основной массе беременных женщин с тромбофилией $53\pm 6\%$ и здоровым беременным $60\pm 12\%$ врач-стоматолог не подбирал средства индивидуальной гигиены, не обучал гигиене полости рта, не проводил профессиональную чистку зубов и не направлял на приём к гигиенисту стоматологическому ($p > 0,05$).

Таким образом, данные анкетирования указывают на недостаточность знаний, регулярности ухода за полостью рта при неактивной стоматологической просветительной работе со стороны врачей-стоматологов, что может послужить фактором риска ухудшения состояния тканей пародонта у беременных женщин с тромбофилией.

Полученные данные клинико-лабораторного обследования и анкетирования у беременных женщин с тромбофилией свидетельствуют о необходимости разработки соответствующих лечебно-профилактических стоматологических мероприятий для лечения хронического гингивита и предупреждения возможных его осложнений.

Анализ результатов комплексного лечения хронического гингивита у беременных женщин с тромбофилией.

Сравнение клинических результатов в подгруппах после проведенного лечения у беременных женщин с тромбофилией показало, что динамика улучшения гигиенического состояния в основной подгруппе с применением НИЛИ была достоверно более значимой и стабильной, чем в подгруппе сравнения (без применения НИЛИ в комплексной терапии хронического гингивита).

В контрольной подгруппе показатели ИГР-У наоборот имели тенденцию к повышению. При осмотре беременных женщин основной подгруппы перед родами после проведённого комплексного лечения средний показатель ИГР-У всё ещё значимо отличался более низкими значениями от показателя до лечения и показателя подгруппы сравнения (рис.1.).

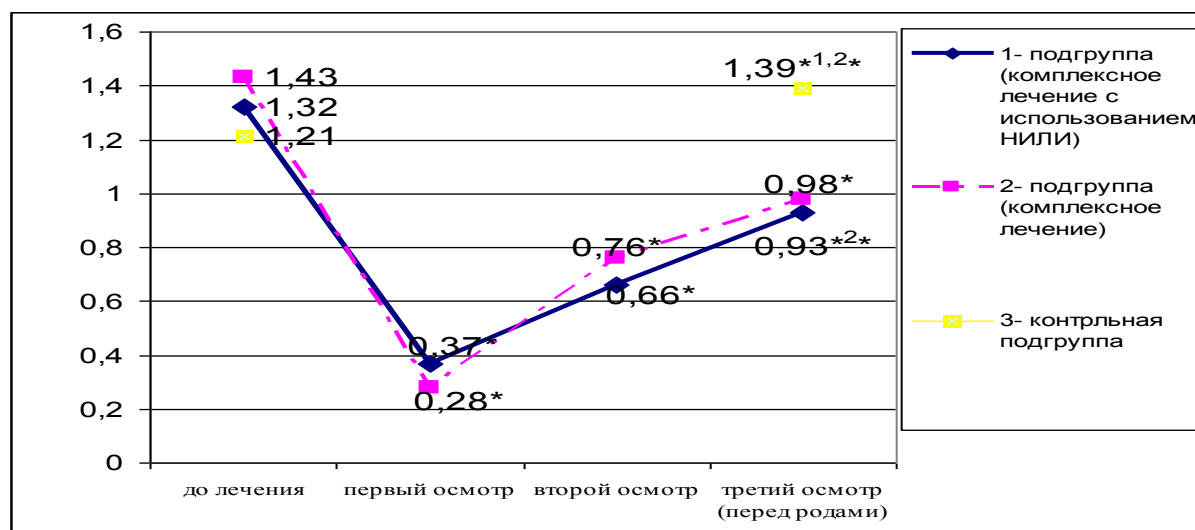


Рис. 1. Динамика показателей ИГР- У, в баллах после лечения у беременных женщин с тромбофилией

Примечание: *— различия достоверны относительно показателей до лечения $p < 0,05$; №* - различия достоверны относительно показателей другой подгруппы, $p < 0,05$.

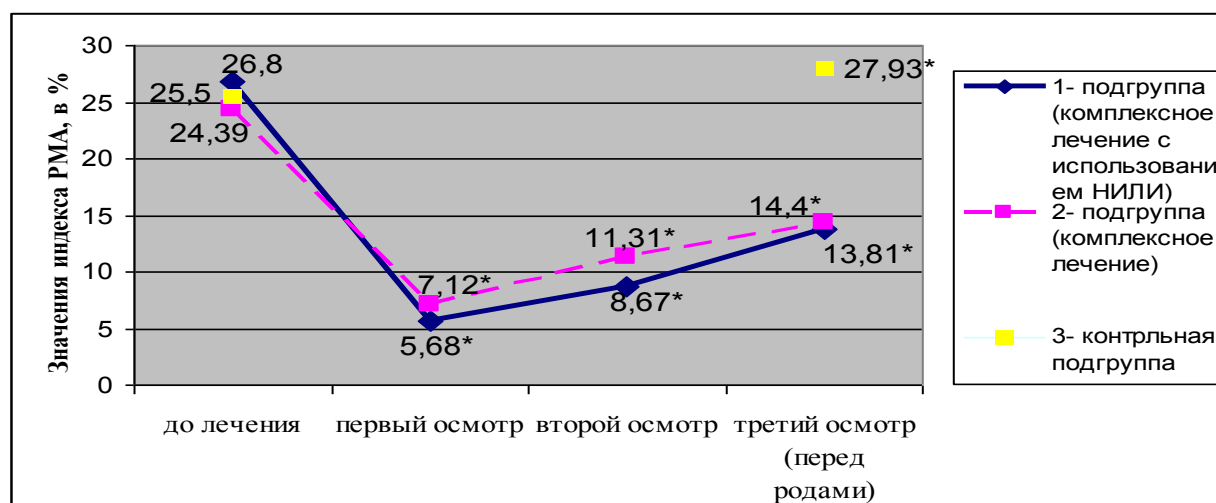


Рис. 2. Динамика показателей индекса РМА после лечения у беременных женщин с тромбофилией

Примечание: *— различия достоверны относительно показателей до лечения $p < 0,05$.

При сравнительной оценке динамики индексных показателей в основной подгруппе снижение РМА было достоверным, стабильным во всех сроках наблюдения по сравнению с показателями до лечения, а также при сопоставлении результатов второго контрольного осмотра с подгруппой сравнения, со степенью отличий $p < 0,05$. В контрольной подгруппе беременных женщин значения индекса РМА увеличились к концу беременности с $23,85 \pm 1,4$ (при первом осмотре) до $27,93 \pm 1,88$ (осмотр перед родами) (рис.2).

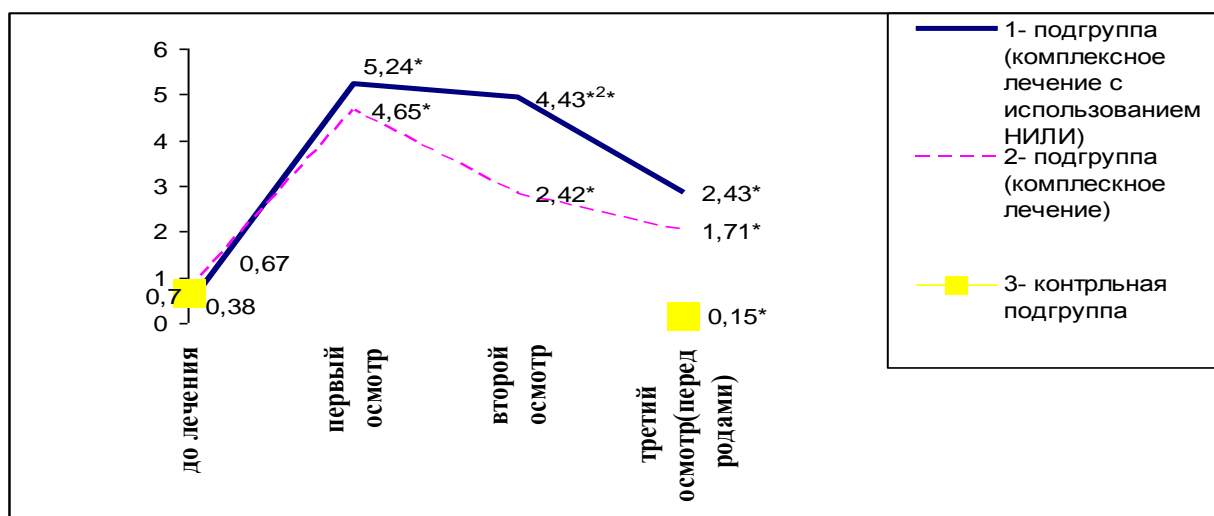


Рис. 3. Динамика показателей количества здоровых секстантов в структуре индекса CRITN после лечения у беременных женщин с тромбофилией
Примечание: * - уровень достоверности различий относительно показателей до лечения, $p < 0,05$; ^{№подгруппы}* – уровень достоверности различий относительно показателей другой подгруппы, $p < 0,05$.

В структуре индекса CRITN результаты динамического наблюдения показали стабильное, значимое увеличение количества здоровых секстантов в основной подгруппе после проведенного комплексного лечения с применением НИЛИ по сравнению с показателями до лечения и подгруппой сравнения, где при третьем осмотре количество здоровых секстантов уже значительно уменьшилось ($p < 0,05$). Результаты повторного обследования беременных женщин контрольной подгруппы выявили заметное уменьшение среднего значения количества здоровых сектантов в 4,3 раза с $0,67 \pm 0,08$ до $0,15 \pm 0,1$ со степенью отличий $p < 0,01$ (рис.3).

В основной подгруппе после комплексного лечения хронического гингивита с применением НИЛИ отмечено

достоверное снижение количества секстантов с кровоточивостью на протяжении всего периода наблюдения.

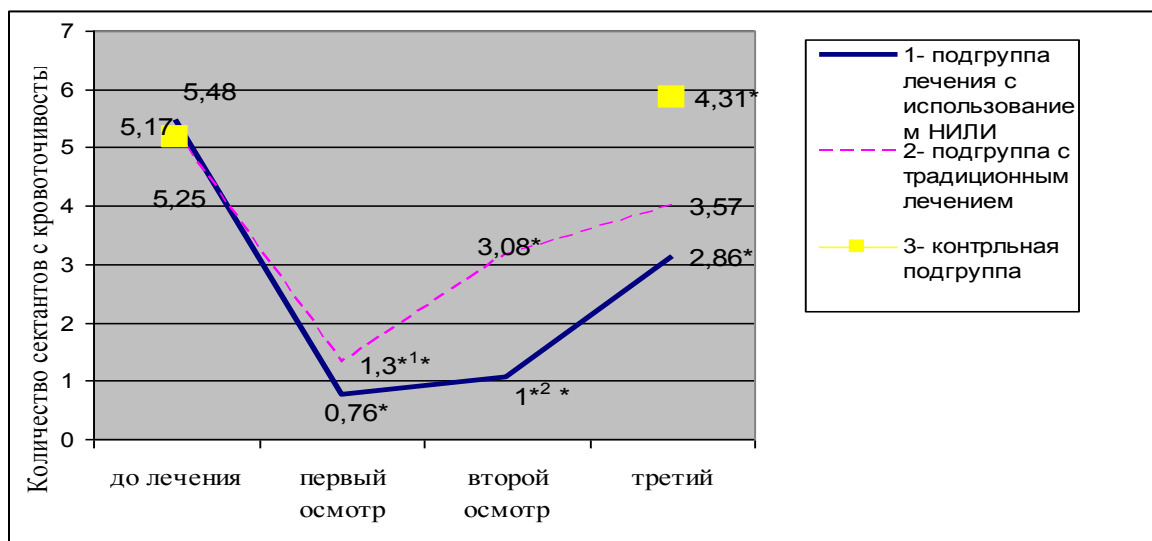


Рис. 4. Динамика показателей количество секстантов с кровоточивостью в структуре индекса CRITN после лечения у беременных женщин с тромбофилией

Примечание: * - уровень достоверности различий относительно показателей до лечения, $p < 0,05$; №подгруппы* – уровень достоверности различий относительно показателей другой подгруппы, $p < 0,05$.

Количество секстантов с кровоточивостью в основной подгруппе даже при последнем осмотре было всё ещё значительно меньше, в сравнении с показателем до лечения и показателем в подгруппе сравнения, с достоверностью различий $p < 0,05$ (рис. 4).

Результаты повторного обследования беременных женщин контрольной подгруппы выявили увеличение в 1,1 раза числа секстантов с кровоточивостью по сравнению с результатами первого осмотра ($5,17 \pm 0,09$), а секстанты с зубным камнем и пародонтальным в структуре индекса CRITN выявлены не были.

После проведённого комплексного лечения в основной подгруппе и подгруппе сравнения также отсутствовали секстанты с зубным камнем и с пародонтальным карманом глубиной 3-5мм в 1-й и 2-подгруппах.

В основной подгруппе беременных женщин на протяжении всего периода динамического средние величины ИК сохраняли значимые отличия от показателей до лечения ($p < 0,05$), чего не наблюдалось в подгруппе сравнения, где на этапе третьего осмотра

динамического наблюдения показатели средних величин ИК не имели достоверных различий с показателями до лечения.

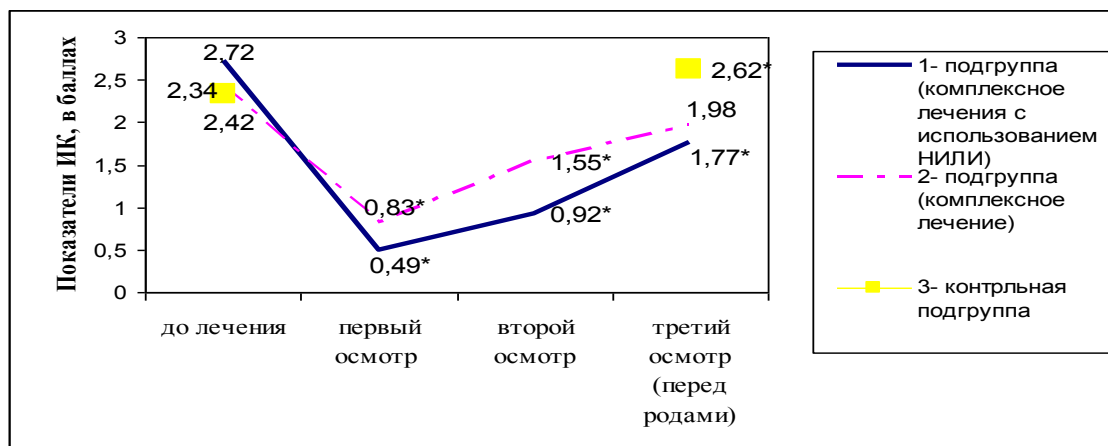


Рис. 5. Динамика показателей ИК Muhlemann после лечения у беременных женщин с тромбофилией.

Примечание: *— различия достоверны относительно показателей до лечения $p < 0,05$.

Показатель ИК у женщин контрольной подгруппы в течение беременности значимо вырос с $2,34 \pm 0,1$ при первом осмотре до $2,62 \pm 0,17$ при осмотре перед родами, с достоверной степенью отличий между показателями $p < 0,01$ (рис.5).

При сравнении результатов в 1- и 2-й подгрупп были выявлены значимые отличие в отсутствии ассоциации стафилококков со стрептококками в содержимом десневой борозды у женщин основной подгруппы, тогда как в подгруппе сравнение они высевались в $15 \pm 8\%$ случаях. Содержание стафилококков в основной подгруппе также уменьшилось на 5% с $24 \pm 10\%$ до $19 \pm 9\%$, а в подгруппе сравнения увеличилось на 20% с $15 \pm 9\%$ до $35 \pm 11\%$.

В 3-й подгруппе обнаружены достоверные отличия в процентном содержании с $48 \pm 4\%$ до $74 \pm 7\%$ стафилококков в сторону увеличения их высеваемости, стрептококков в сторону уменьшения их высеваемости с $43 \pm 4\%$ до $20 \pm 2\%$ по сравнению с подгруппами сравнения и основной ($p < 0,01$). Отсутствие ассоциаций стафилококков со стрептококками также имело значимые различия в 3-й подгруппе по сравнению со 2-й и 1-й подгруппами, со степенью отличий $p < 0,01$.

Таким образом, применение НИЛИ в комплексном лечении хронического гингивита у беременных с тромбофилией оказывает более выраженный антимикробный эффект за счет уменьшения количества стафилококков и исчезновения ассоциации стафилококков со стрептококками.

Изучение концентрации sIgA в ротовой жидкости у беременных женщин с тромбофилией после применения НИЛИ выявило некоторое повышение на 9,8% с $415,72 \pm 32,91$ мг/мл до $455,25 \pm 25,85$ мг/мл ($p > 0,05$), а во второй подгруппе женщин повышение концентрации sIgA составило 4,5% от исходного уровня - с $431,13 \pm 12,13$ до $451,26 \pm 33,92$ мг/мл, ($p > 0,05$). В подгруппе беременных без лечения повторное изучение концентрации sIgA в ротовой жидкости показало уменьшение концентрации иммуноглобулина с $437,08 \pm 15,23$ до $421,15 \pm 22,23$ ($p > 0,05$).

Таблица 3

Динамика концентрации цитокинов в ротовой жидкости при лечении хронического гингивита у беременных женщин с тромбофилией ($M \pm m$)

Показатели в ротовой жидкости и пг/мл	Основная подгруппа		Подгруппа сравнения		Контрольная подгруппа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	1-й осмотр	2-й осмотр
ИЛ-1В	$258,51 \pm 32,39$	$269,56 \pm 28,74$	$283,19 \pm 33,32$	$243,65 \pm 34,53$	$217,16 \pm 12,60$	$169,58 \pm 21,88^{*1,2}$
ИЛ-4	$2,35 \pm 0,61$	$1,84 \pm 0,24^{2*}$	$3,37 \pm 0,79$	$3,39 \pm 0,72^{1*}$	$2,01 \pm 0,10$	$1,27 \pm 0,41^{*1,2*}$
ФНО-α	$18,68 \pm 3,25$	$17,78 \pm 3,45$	$17,52 \pm 4,14$	$18,07 \pm 3,12$	$17,12 \pm 4,13$	$16,23 \pm 2,20^{*1,2*}$
ИНФ-γ	$42,50 \pm 30,08$	$66,44 \pm 39,10$	$29,45 \pm 11,58$	$61,75 \pm 34,26$	$25,41 \pm 0,99$	$15,85 \pm 20,32^*$

Примечание: * - уровень достоверности различий относительно показателей

до лечения, $p < 0,05$; №подгруппы* – уровень достоверности различий относительно показателей другой подгруппы, $p < 0,05$.

При изучении динамики уровня цитокинов в ротовой жидкости у беременных женщин основной подгруппы концентрация ИЛ-4 уменьшился в 1,2 раза после лечения до значения $1,84 \pm 0,24$, что значимо отличалось ($p < 0,05$), от среднего показателя ИЛ-4 в подгруппе сравнения после лечения, который повысился в 1,01 раза, составив $3,39 \pm 0,72$, по сравнению с показателем до лечения (табл. 3). Средние значения ИЛ-1 β , ИЛ-4, ФНО- α , ИНФ- γ в ротовой жидкости не имели статистически достоверных различий у пациенток 1-й и 2-й подгрупп после лечения.

В контрольной подгруппе беременных женщин средние значения ИЛ-1 β , ИЛ-4, ФНО- α , ИНФ- γ при втором обследовании значимо отличались ($p < 0,01$) от показателей первого осмотра в сторону их уменьшения (табл. 3).

Таким образом, предложенный нами алгоритм оказания комплексной лечебно-профилактической помощи в лечении хронического гингивита у беременных женщин с тромбофилией с применением НИЛИ позволил добиться высокой эффективности лечения.

Выводы

1. Хронический гингивит у беременных женщин с тромбофилией проявляется кровоточивостью, отёчностью, болезненными ощущениями в области дёсен на фоне бледной слизистой оболочки полости рта и более высокими показателями индекса РМА (в 1,62 раза) по сравнению с группой здоровых беременных женщин ($p < 0,05$).
2. Изучение состояния местного иммунитета при хроническом гингивите выявило недостаточность гуморального звена иммунитета у беременных женщин с тромбофилией в виде достоверно более низких значений концентрации sIgA, ИЛ-4 и ФНО- α , по сравнению с показателями у здоровых беременных ($p < 0,05$).
3. Оценивая состав микрофлоры десневой борозды у женщин с тромбофилией и здоровых беременных женщин, одинаково достоверно не было выявлено наличие пародонтопатогенных микроорганизмов ($p > 0,05$).
4. У беременных женщин с тромбофилией методом анкетирования была определена недостаточность гигиенических знаний по уходу за полостью рта.

5. Разработанный алгоритм лечебно-профилактических мероприятий с применением НИЛИ в комплексном лечении хронического гингивита у беременных женщин с тромбофилией позволяет значительно улучшить состояние тканей пародонта и достичь ремиссии заболевания в течение всего периода гестации, что свидетельствует о высокой эффективности комплексной терапии.

Практические рекомендации

1. Для оценки гигиенического состояния полости рта и состояния тканей пародонта у беременных женщин с тромбофилией, рекомендуем врачам-стоматологам использовать следующие индексы: ИГР-У, РМА, ИК,СРІТN, обращая внимание на цвет слизистой оболочки полости рта.
2. При лечении хронического гингивита у беременных женщин с тромбофилией рекомендуем использовать предложенный нами алгоритм лечебно-профилактических мероприятий и дифференцированный подход к лечению с учётом степени выраженности и распространённости воспалительных явлений в тканях пародонта.
3. В комплексное лечение хронического гингивита у беременных женщин с тромбофилией после проведения профессиональной гигиены полости рта на этапе консервативного лечения рекомендовано включать курс лазеротерапии 5-7 сеансов транскутанным способом по квадрантам челюстей с установленными параметрами 80 Гц, 4-10 Вт и продолжительностью сеанса 6 минут.
4. Лечение хронического гингивита и динамическое наблюдение беременных женщин с тромбофилией необходимо проводить при совместном участии врачей общего профиля: акушера-гинеколога и терапевта для коррекции общего состояния. Кратность наблюдения у стоматолога должна составлять 1 раз в месяц на протяжении всего периода гестации.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Смирнова А.М. Состояние полости рта у беременных с тромбофилиями / А.М. Смирнова, М.П. Харитонов//Проблемы стоматологии.- 2008. - №3.- С.21-22.
2. Смирнова А.М. Изучение стоматологического статуса беременных женщин с антифосфолипидным синдромом (АФС) /А.М. Смирнова, М.П. Харитонов// Актуальные вопросы современной науки и здравоохранения. Материалы 64-й научно-практической конференции молодых учёных и студентов. – Екатеринбург, 2009.- С.427.
3. **Смирнова А.М. Состояние здоровья полости рта и некоторые иммунологические аспекты у беременных женщин с уточнённой тромбофилией /А.М.Смирнова, М.П.Харитонов, В.В. Ковалёв// Вестник уральской медицинской академической науки. - 2009г.- №4(27). -С.52-55.**
4. **Смирнова А.М. Сравнительная характеристика стоматологического статуса беременных женщин с отягощенным и неотягощённым акушерским анамнезом /А.М. Смирнова, М.П. Харитонов// Уральский Медицинский журнал. - 2010. №3 (68). - С.29-32.**
5. Смирнова А.М. Анализ показателей клинико-лабораторного обследования тканей пародонта у беременных женщин с тромбофилией /А.М. Смирнова, М.П. Харитонов// Материалы 65-й Всероссийской научно-практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием. – Екатеринбург, 2010г. - С.608-610.
6. Смирнова А.М. Некоторые особенности состояния полости рта у беременных женщин с АФС/ А.М. Смирнова, М.П. Харитонов, В.В.Ковалёв // Мать и дитя. Тезисы докладов IV Регионального научного форума.- г.Екатеринбург, 2010. - С. 271-272.
7. **Смирнова А.М. Оценка состояния местного иммунитета полости рта и тканей пародонта у беременных женщин с тромбофилией /А.М. Смирнова, М.П. Харитонов// Уральский медицинский журнал. - 2010г. - №8(73). - С.14-18.**

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АЛТ – аппарат лазеротерапии

ВПГ – вирус простого герпеса

ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота

ИГР-У – упрощённый индекс гигиены полости рта Грина-Вермильона

ИК – индекс кровоточивости

ИЛ-4 - противовоспалительный интерлейкин 4

ИЛ1 β - провоспалительный интерлейкин 1 бета

ИНФ – γ - интерферон гамма

ИФА – иммуноферментный анализ

НИЛИ – низкоинтенсивное лазерное излучение

НИИ ОММ - научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества

ФНО- α – фактор некроза опухоли альфа

ЦМВ – цитомегаловирус

РМА – папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс

CPITN –Community Periodontal Index of Treatment Needs

sIgA – секреторный иммуноглобулин

IL1 β – провоспалительный интерлейкин 1 бета

IL4 – противовоспалительный интерлейкин 4

TNF- α – фактор некроза опухоли альфа

IFN- γ – провоспалительный цитокин интерферона гамма

На правах рукописи

СМИРНОВА Антонина Михайловна

**ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА У БЕРЕМЕННЫХ
ЖЕНЩИН С ТРОМБОФИЛИЕЙ**

14.01.14 – Стоматология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Екатеринбург – 2011

Подписано в печать 11.04.11. Формат 60x84/16 Усл. печ. л. 1,55 Тираж 100 экз. Заказ
№ 336. Отпечатано с готового оригинал-макета в ООО «Типография Для Вас»
620075, Екатеринбург, ул.С.Морозовой, 180, оф. 328, тел. 297-42-13